ODBITKA.

Rosner A.

Z CZASOPISMA »PRZEGLĄD LEKARSKI«
ORGANU TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO,
WYCHODZĄCEGO W KRAKOWIE.
REDAKTOR GŁÓWNY: DR. AUGUST KWAŚNICKI.

KRAKÓW · DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELL.
POD ZARZĄDEM JÓZEFA FILIPOWSKIEGO 1905 R.

I. O bolu międzymiesiączkowym.

Napisał

Prof. Dr. Aleksander Rosner.

Cierpienie, zwane bolem międzymiesiączkowym (*Mittelschmerz*, *douleurs intermenstruelles*, *intermenstrual pain*, *dolor intermenstrualis*) nie jest jednostką chorobową, podobnie jak nią nie jest ból miesiączkowy (*dysmenorrhoea*). Jest to objaw, względnie szereg objawów, stwarzający pewien obraz chorobowy, który nie różni się w samej istocie i treści od zwykłych objawów innych cierpień narządów kobiecych. Cechą zasadniczą i jedyną, która mu nadaje piętno odrębnego obrazu chorobowego, jest czas, w którym się pojawia. Na cierpienie to, o ile ono jest rozwinięte w całej pełni, składają się trzy objawy: ból, upławy i krwawienia, a więc te same objawy, które towarzyszą różnym cierpieniom kobiecym. Uderzającem jest, jak powiedziałem, to, że zjawiają się one w czasie niezwykłym. I tak zauważyć możemy, że niektóre kobiety żalą się na napadowo występujące bole w dolnej części brzucha, pojawiające się stale w środku między miesiączkami, a więc mniej więcej na 14 dni przed rozpoczęciem miesiączki. Bole te występują co miesiąc, zwykle nadzwyczaj punktualnie i z tem samem nasileniem i powtarzają się uporczywie przez całe lata. Trwają one rozmaicie długo, najczęściej 1 do 2 dni, czasem jednak znacznie dłużej, bo nawet do rozpoczęcia miesiączki. Jakość i siedzibę tego bolu opisują nasze chore rozmaicie; najczęściej odczuwają one w dolnej części

brzucha i nad pachwinami ból tępy, gniotący, stały, jednostajny. U niektórych chorych bole występują napadowo, przyczem napady przedzielone są od siebie okresami względnie niebolesnymi. Czasem jeden bok (częściej lewy) jest boleśniejszy, rzadziej zajmuje ten ból i okolicę krzyżów. Nasilenie jego bywa bardzo rozmaite. Niektóre chore doznają zaledwie uczucia jakiegoś niemiłego ciążenia w dolnej części brzucha i oddają się przytem zwykłym domowym zajęciom; inne są wprost ciężko chore, leżą bez ruchu, niezdolne do jakiejkolwiek pracy, a na twarzy ich widnieje obraz gwałtownego cierpienia. O ile można się od chorych tych dowiedzieć, ból ten występuje nagle, bez zwiastunów, i szybko dochodzi do szczytu; równie szybko ustępuje po dłuższem lub krótszem trwaniu. Dotykanie i przygniatanie dolnej części brzucha nie zwiększa bolu, przynajmniej w przeważnej liczbie przypadków; podobnie i chodzenie nie pogarsza stanu. Niektórzy autorowie twierdzą, że ból ten ma cechę bolów miesiączkowych. Z zapatrywaniem tem, przynajmniej odnośnie do większości przypadków, nie mogę się zgodzić. Znam chore bardzo rozumne, które stanowczo utrzymują, że ból ten jest zupełnie inny od bolu miesiączkowego i że różnica ta nie leży w natężeniu, tylko właśnie w jakości i siedzibie bolu. Zresztą i bole miesiączkowe miewają różne cechy.

U większości chorych zjawia się równocześnie z bolem odpływ z części płciowych. Bywa on zwykle wodnisty, bezbarwny, czasem atoli przybiera barwę różową, lub mieści w sobie żyłki krwi. Nierzadko pojawia się wprost krew tak, jak podczas miesiączki, tylko w mniejszej ilości Pochodzi stąd ludowa nazwa tego cierpienia w Niemczech: *Die kleine Periode* (Hegar i Kaltenbach).

Odpływ z części płciowych towarzyszy zwykle bolom i trwa w przeważnej liczbie przypadków tak długo, jak i one; może jednak wystąpić bez bolów i być wówczas jedynym objawem cierpienia tak, jak z drugiej strony bole pojawiać się mogą bez towarzyszących upławów. Jeżeli chora cierpi na stałe upławy, to wówczas wśród bolu międzymiesiączko-

wego stają się one obfitsze i więcej wodniste, lub zabarwiają się krwawo; utrzymują się one naturalnie wówczas i po przejściu bolu. W nielicznych przypadkach może się utrzymywać odpływ różowy lub krwawy dłuższy czas po ustaniu bolu; trwać on może nawet, jak twierdzi Bouilly, aż do rozpoczęcia miesiączki.

Choroba przedstawia zwykle u jednej i tej samej chorej typ bardzo jasny i stanowczy i ten sam zbiór objawów, zwykle z tem samem nasileniem powtarza się miesiąc w miesiąc bez względu na zmieniające się warunki, w jakich chora się znajduje i niestety, często i bez względu na leczenie. Tylko w bardzo nielicznych przypadkach spostrzegamy pewne zboczenia od typu. Nawroty choroby bywają wówczas do siebie niepodobne, różnią się od siebie nasileniem objawów, długością trwania, a czasem mija nawet kilka miesięcy bez nawrotu, mimo, że nie stosowano żadnego leczenia. Zdarzają się też czasem niezwykłe postacie chorobowe. I tak: u jednej z moich chorych występują od blizko dwóch lat miesiąc w miesiąc dwa napady: pierwszy trwa dwa dni i pojawia się 14 dni przed rozpoczęciem miesiączki, drugi występuje 7 dni przed miesiączką i trwa zwykle aż do jej wystąpienia.

Cierpienie, o którem mowa, nie jest częstem. Na 2350 chorych przychodnich zgłosiło się do mnie 12 z bolami międzymiesiączkowemi. Były to, co prawda, przypadki wybitne o sporem nasileniu objawów. Należy przypuszczać, że przypadki o przebiegu lekkim są daleko częstsze.

Patogeneza tego cierpienia jest dotychczas mimo licznych hipotez, zgoła ciemną, a co za tem idzie, i leczenie nie może się poszczycić dodatnimi wynikami. Przyznał to w zeszłorocznym wykładzie o bolach miesiączkowych Olshausen, a tego samego dowodzą liczne, najczęściej jednak czysto objawowe sposoby leczenia.

Chcąc rzucić nieco światła w tę ciemną dziedzinę naszej wiedzy, zastanowić się trzeba nasamprzód nad tem, co chore nasze o sobie mówią i co u nich wybadać możemy. Prócz moich 12 przypadków zużytkuję tu 25, zebranych

w pracy Fassina. Żałuję, że nie mogłem tu zużytkować pracy Malcolma Storera, której mimo starań nie otrzymałem i nie czytałem. Naprzód wiek. Z 35 chorych, których wiek znamy, 22 było między 25 a 35 rokiem życia, 6 poniżej 25, a 7 powyżej 35 lat; jednem słowem ogromna większość chorych znajdowała się w latach, w których najwięcej widujemy chorób kobiecych, zwłaszcza zawdzięczających swoje powstanie porodom lub poronieniom. Ważniejsze jest pytanie, czy chore te rodziły? Otóż z liczby 37 odrzucić musimy 4 niezamężne i 11 takich, o których z powodu niedokładnych opisów nie wiemy, czy rodziły. Z pozostałych 22 osób, ośm nie rodziło i nie roniło, 6 przebyło jeden poród, 5 dwa, dwie trzy, a jedna cztery porody. Uderza tu duża liczba tych, które nie rodziły wcale, a wogóle mała płodność pozostałych. Chcąc odpowiedzieć na pytanie, czy cierpienie to powoduje niepłodność, względnie czy jest z niepłodnością w jakimkolwiek związku, nie możemy się zadowolnić temi liczbami, tylko powinniśmy się starać rozstrzygnąć pytanie, czy i te osoby, które rodziły, nie były w następstwie porodów niepłodne. Zapytajmyż więc naprzód, ile lat upłynęło u tych osób od ostatniego porodu aż do chwili, w której zgłosiły się do lekarza. Opisy choroby dostarczają nam na to odpowiedzi w 13 przypadkach. Brzmi ona: Od ostatniego porodu upłynęło u 1 chorej — $1^1/_2$ roku, u 1 ch. — 2 lata, u 2 ch. — 3 lata, u 1 ch. — 4, u 3 ch. — 6 lat, u 2 — 7 l., u 1 ch. — 8 l., u 2 ch. — 10 lat. Stwierdzić więc możemy, że u przeważnej liczby naszych chorych upłynął długi czas od ostatniego porodu, co każe nam się domyślać, że mamy tu do czynienia z przypadkami t. zw. poporodowej niepłodności. Uwzględnić przytem musimy, że były to przeważnie osoby mające mało dzieci, nieużywające więc zapewne sztucznych sposobów przeciw zapłodnieniu. Tylko dwie moje chore przyznały się do tego. Nie wyklucza to naturalnie ich niepłodności; możliwem jest, że zadawały sobie ten trud niepotrzebnie.

Kiedy u chorych tych rozpoczęły się napady bolu

międzymiesiączkowego? Co do tego mamy wiadomości o 13 chorych, które przebyły porody. U jednej tylko bole zaczęły się 3—4 lat przed zamążpójściem, u pozostałych 12-tu cierpienie rozpoczęło się po ostatnim porodzie, i to u dwóch w rok po porodzie, u pięciu zaraz po porodzie, u pozostałych zaś nie znamy dokładnie czasu pierwszego napadu. Wiadomość ta jest ważna, gdyż pozwala nam stwierdzić, że u ogromnie przeważającej liczby chorych, które rodziły, cierpienie wystąpiło po porodzie razem z poporodową niepłodnością. Nie chcę tu bynajmniej przesądzać, co było pierwotnem, co następowem — w każdym razie jednak ból międzymiesiączkowy skojarzył się tu z poporodową niepłodnością.

Nasuwa się naturalnie myśl, że osoby te przebyły po ostatnim porodzie jakąś chorobę połogową, która pozostawiła po sobie niepłodność i bole międzymiesiączkowe. Tymczasem tylko jedna chora Priestleya opowiada o zapaleniu otrzewnej po ostatnim porodzie; w opisach pozostałych 12 chorych nie znajdujemy żadnej o tem wzmianki, niektóre nawet przeciwnie podają, że były w połogu zdrowe. Nie wyklucza to naturalnie choroby połogowej o lekkim przebiegu.

Również i te chore, które nie rodziły i nie roniły, nie wspominają zgoła o przebytych zapaleniach w okolicy macicy. Nie bez znaczenia jest pytanie, czy u tych chorych, które nie rodziły, bole międzymiesiączkowe zaczęły się równocześnie z pierwszą miesiączką. Otóż co do tego zdołałem zebrać zapiski, odnoszące się do 13 chorych. Tylko u jednej chorej (Pauly) ból międzymiesiączkowy rozpoczął się razem z miesiączką, co prawda późno, bo w 20 roku życia; u 11-tu rozpoczęły się bole znacznie później, niż miesiączka (3 do 13 lat później), u jednej wreszcie chorej Crooma miała się rozpocząć choroba 2 lata przed pojawieniem się pierwszej miesiączki. Co do tego przypadku można mieć naturalnie wątpliwości, czy to wogóle były bole międzymiesiączkowe, czy tylko „*molimina ad menstruationem*“. W każdym razie zestawienie powyższe dowodzi, że choroba, o któ-

rej mowa, zaczyna się zwykle znacznie później, niż miesiączkowanie.

Czy u chorych, cierpiących na bole międzymiesiączkowe, jest i miesiączkowanie bolesne, czy cierpią one na t. zw. „*dysmenorrhoea?*“ Z zestawień moich wynika, że u większości chorych tak jest w istocie, choć znaczny jest odsetek takich, które wyraźnie zaznaczają, że w okresie peryodu nie doznają żadnych dolegliwości. Co do innych cech miesiączki, mianowicie jej obfitości, to nie można wykryć żadnego prawidła. Z 23 chorych, 9 — podało, że ma miesiączkę co do ilości krwi zupełnie prawidłową, 10 żaliło się na wielkie utraty krwi, u czterech zaś odpływ był krótki i skąpy. U dwóch przezemnie leczonych osób odchodziły podczas miesiączki strzępy błony śluzowej (*dysmenorrhoea membranacea*).

Ciekawy szczegół podaje Priestley. Leczona przez niego osoba miała miesiączkę skąpą, krótką, ale zupełnie niebolesną, natomiast wyraźne napady bolu międzymiesiączkowego. Chora ta nie miesiączkowała przez pewien czas wcale i wówczas ból międzymiesiączkowy był znacznie silniejszy.

Co do upławów, nie można również powiedzieć nic stanowczego. Mniej więcej połowa chorych cierpiała na upławy, niezależne od napadu bolu międzymiesiączkowego. U kilku pojawiały się obfite wodniste odpływy tylko bezpośrednio przed miesiączką.

Ważniejsze od wywiadów są wiadomości, dotyczące anatomicznego stanu części płciowych osób, dotkniętych bolem międzymiesiączkowym.

I tu niestety nie mamy spostrzeżeń ścisłych, dokładnych, niewątpliwych, — gdyż chodzi tu przeważnie o chore przychodnie. Rozstrzygnąć musimy przedewszystkiem pytanie zasadnicze: czy u chorych tych znajdujemy wogóle jakiekolwiek zmiany przedmiotowe? Rzecz to ważna, gdyż Olshausen wypowiedział w ubiegłym roku zdanie, że u osób, cierpiących na bole międzymiesiączkowe „brak najczęściej wszelkich przedmiotowych zmian chorobowych“ („Meistens fehlt jeder objective pathologische Befund“), stanął

więc w sprzeczności z zapatrywaniem Priestleya, który twierdzi, że chore te okazują prawie bez wyjątku chorobowe zmiany w częściach płciowych. Na podstawie własnych spostrzeżeń przychylić się muszą do tego ostatniego zapatrywania. Z dwunastu chorych, które zgłosiły się do mnie z powodu bolów międzymiesiączkowych, jedenaście okazywało wyraźne zmiany w częściach płciowych, a z 17 chorych, przytoczonych przez Fassinę, piętnaście miało części rodne schorzałe. Stwierdzenie tego jest rzeczą ważną i nie jest napewne przypadkowym zbiegiem okoliczności. Nasuwa się myśl, że i u tych trzech osób (zbieram tu razem przypadki Fassiny i moje w liczbie 29) mogły być zmiany chorobowe, których przy jednorazowem badaniu nie odkryto i na tej podstawie byłbym skłonny do przyjęcia, że niema bolów międzymiesiączkowych przy zupełnie zdrowych częściach płciowych.

A teraz z kolei przyjdzie nam zastanowić się nad tem, jakie to były zmiany chorobowe?

W ocenianiu tych zmian postępować musimy bardzo ostrożnie, chcąc wprowadzić w związek przyczynowy anatomiczny stan części płciowych z objawami bolu międzymiesiączkowego. Łatwo przewidzieć, że u jednej lub drugiej chorej znajdziemy zmiany, nie pozostające w żadnym bezpośrednim związku z zajmującem nas tu cierpieniem. Z całego więc szeregu zmian przedmiotowych wyszukać musimy te, które się u naszych chorych powtarzają najczęściej i w których, bez narażenia logiki rozpoznawczej na szwank, można szukać przyczyny bolów międzymiesiączkowych.

Oprzeć się tu zamierzam przedewszystkiem na spostrzeżeniach własnych, zaznaczając, że są one w głównych cechach zgodne z zapiskami, przytoczonymi przez Fassinę. Otóż, jak wspomniałem, z 12 moich chorych jedna tylko miała prawidłowe części płciowe. Z pozostałych 11, tylko u jednej znalazłem macicę prawidłowo wielką, reszta (t. j. 10) okazywała wyraźne powiększenie macicy. Nadmienić muszę, że tę jedyną chorą, stanowiącą wyjątek, ba-

dałem tylko raz i to w niekorzystnych warunkach tak, że nie mogę uważać wyniku badania za zupełnie pewny.

Jaką była przyczyna powiększenia macicy u moich 10 chorych? Odrazu zaznaczyć muszę, że żadna z nich nie okazywała objawów cierpienia zapalnego (*metritis chronica*), jakie pozostawia po sobie zakażenie połogowe lub rzeżączkowe.

Tak przedmiotowy obraz, jak i przebieg choroby, sprzeciwiał się rozpoznaniu przewlekłego zapalenia macicy. Żadna z nich nie wspomina w wywiadach o przebyciu zapalnego cierpienia po porodzie lub poronieniu, u żadnej przeszłość chorobowa nie przemawia za rozpoznaniem zakażenia rzeżączkowego, żadna nie cierpi na nawroty ostrego zapalnego zadrażnienia otrzewnej.

Richelot w znakomitej swojej książce (*Chirurgie de l'utérus*, 1902) stworzył nowy rozdział, który nazwał: „*congestion et sclérose*". Przedstawił w nim nowy typ chorobowy, polegający na przeroście macicy bez udziału jakiegokolwiek zakażenia lub zapalenia, typ niezmiernie częsty, a mimo to prawie nieznany.

Z wyjątkiem prac Dolerisa, Petita, Brioudea i A. Siredeya, nie zajmowano się tem cierpieniem.

Z uderzającą bystrością i w sposób przekonywający szkicuje Richelot różnice między tem cierpieniem a przewlekłem zapaleniem macicy, za które dotąd chorobę tę powszechnie się uważa. Wykazuje on, że ta „*congestion et sclérose*" jest blisko spokrewniona z włókniakami, że więc ma w sobie raczej coś z nowotworu, niż ze sprawy zapalnej.

Przeczytawszy dzieło Richelota, zwracałem baczną uwagę na podane przez niego cechy rozpoznawcze i nabrałem przekonania, że stworzony przez niego obraz chorobowy — uchwycony został genialnie i jest rzeczywiście bardzo częstym. Nie tu czas i miejsce na rozwodzenie się nad tą dla ginekologii niezmiernie ważną, wprost epokową sprawą; wspominam o niej tylko dla tego, ażeby módz zaznaczyć, że moje chore okazywały właśnie ową Richelotowską „*congestion et sclérose*", czyli przekrwienie i przerost ma-

cicy bez objawów zapalenia. Jedna z nich miała nadto nieliczne śródmiąższowe włókniaki.

Również i dwie chore, opisane przez Addinsela, i jedna Holliday Crooma cierpiały na włókniaki.

Powiększenie macicy u moich chorych pochodziło więc z rozlanego chorobowego przerostu macicy, lub jak u jednej chorej z miejscowego, ogniskowego przerostu, t. j. włókniaków.

Przejdźmy do przydatków macicznych. U żadnej z moich chorych nie znalazłem guzów trąbkowych, wypełnionych płynem (*sactosalpinx*), u żadnej nie znalazłem wypociny. Tylko u jednej wybadałem zrosty koło jajnika prawego. Mimo to u większości moich chorych przydatki nie były prawidłowe, a nieprawidłowości odnosiły się głównie do jajników. Polegały one w części na nadmiernej tkliwości jajników zresztą prawidłowych, w części zaś na powiększeniu ich i obniżeniu. Wogóle badanie przydatków było trudne z powodu bolesności podobnej do tej, jaką spotykamy u niektórych kobiet bezpośrednio przed miesiączką. Nieprawidłowości te spostrzegałem u 10 chorych; tylko u dwóch nie było ich wcale.

Ten stan przydatków macicznych utwierdza mnie w przekonaniu, że powiększenie macicy nie było u chorych moich następstwem przebytego zapalenia. Powiększenie i tkliwość jajników odpowiada sklerozie ze zwyrodnieniem drobnotorbielkowem, a zmiana ta, zdaniem Richelota, towarzyszy stale chorobowym przerostom macicy. („*L'utérus scléreux est toujours accompagné d'ovaires scléreux*").

Są to bezwątpienia te same zmiany, które opisał Bulius w jajnikach osób, mających włókniaki macicy, a więc cierpienie, spokrewnione z ogólnym chorobowym przerostem macicy.

Podobnie jak zmiany maciczne nie miały u chorych naszych cech zapalenia (*metritis*) tak i te zmiany w przydatkach nie odpowiadały temu, co nazywamy zapaleniem jajnika (*oophoritis chronica*).

Prócz tych zmian znajdowałem u niektórych chorych

zboczenia inne, najprawdopodobniej czysto przypadkowe, nie mające z bolem międzymiesiączkowym żadnego związku przyczynowego.

I tak u jednej chorej macica była zgięta w tył, u jednej obniżona. U dwóch chorych była świeża nieżytowa nadżerka koło ujścia zewnętrznego, u jednej zmiany po dawnym nieżycie szyi. Zmiany te chorobowe spotykamy wogóle tak często, że nie zadziwia nas, iż znalazły się przypadkowo i u naszych chorych; wszak chorobowy przerost macicy i bole międzymiesiączkowe nie chronią przed nieżytem szyi lub zmianą w położeniu macicy.

Na osobne uwzględnienie zasługuje zmiana chorobowa, którą znalazłem u p. G. L. 34-letniej wieloródki. W obu więzach szerokich wymacać mogłem miękkie, niebolesne, pod uciskiem znikające opory, które uważać musiałem za żylakowate rozdęcie żył. Chora ta miała nadto krwawnicę i żylaki na udach i podudziach. Takie zmiany w żyłach przymacicza (*parametrium*) widziałem kilka razy po otwarciu jamy brusznej u chorych z włókniakami macicznymi. Czy u chorej mojej G. L. były one w związku z rozlanym chorobowym przerostem macicy, nie chcę rozstrzygać, uważam to jednak za możliwe.

Zestawiłem powyżej wszelkie objawy podmiotowe i przedmiotowe, o jakich dowiadujemy się, względnie, jakie wybadać możemy u osób, cierpiących na bole międzymiesiączkowe. Czy na podstawie tych danych możemy stworzyć teoryę patogenezy tego cierpienia?

Zadanie to niełatwe i właśnie dlatego odnośne piśmiennictwo obfituje w mniej lub więcej udane próby rozwiązania tej zagadki. Zacznijmy od mniej udanych. Drennan sądzi, że bole międzymiesiączkowe są następstwem skurczów macicy, wydalających niezapłodnione jajko z macicy; w niektórych przypadkach mają znowu skurcze trąbki, przez którą wędruje jajko, wywoływać napadowe bole, naturalnie u osób z nieprawidłowo wrażliwym systemem nerwowym. Zapatrywanie to nie jest poparte żadnym dowodem i nie wymaga

też, jako zupełnie bezpodstawne, dowodów, wykazujących jego nicość. Brodier uważa jako przyczynę bolów okresowe obrzmienie macicy, przyczem jednę niewiadomą zastępuje drugą, nie dowiadujemy się bowiem, co wywołuje to obrzmienie.

Daleko więcej ma za sobą teorya, poparta szeregiem poważnych nazwisk, która przyczyny bolów szuka w czynności jajnika i wprowadza w związek przyczynowy napad bolu z owulacyą. Ból międzymiesiączkowy odpowiada zdaniem tych autorów w zupełności bolowi miesiączkowemu *(dysmenorrhoea ovarica)*, nieprawidłowość zaś leży w tem, że owulacya nie schodzi się z miesiączką, tylko jest od niej oddzielona okresem mniej więcej dwutygodniowym Jeżeli przytem są warunki powstania „*dysmenorrhoea ovarica*“, jak przewlekłe zapalenie jajników ze zgrubieniem błony białawej (*albuginea)* jajnika, to taka owulacya w środku między miesiączkami wywołuje napad bolów. Zdanie takie wygłaszają Hermann, Croom, Marhs, Rheinstädter, a i Strassmann zdaje się do niego przychylać.

Teorya ta znajduje pewnego rodzaju poparcie w ciekawem spostrzeżeniu Murraya. Chora jego rodziła 4 razy, a zawsze 15 dni wcześniej, niżby to wypadało według obliczenia, biorącego za podstawę ostatnią miesiączkę. Zaznaczyć muszę przedewszystkiem, że są osoby, które nie cierpią na bole międzymiesiączkowe, a mimo to stale rodzą zawcześnie; zresztą spostrzeżenie to przemawiałoby mi do przekonania, gdyby chora Murraya była stale rodziła o 15 dni zapóźno, nie musielibyśmy bowiem wówczas przyjmować, że zawsze już podczas ciąży miewała miesiączkę. Pomijam zresztą to odosobnione spostrzeżenie Murraya, gdyż zdaniem mojem nie dowodzi ono niczego.

Teorya owulacyjna przyjmuje dwa fakta: 1⁰ owulacyę w środku między miesiączkami i 2⁰ nieprawidłowości w jajniku, powodujące ból podczas owulacyi. Bez tego drugiego przypuszczenia byłaby cała teorya bezpodstawną, gdyż żadną miarą nie możemy przyjąć, że każda owulacya jest bolesną. Nie

mamy też najmniejszych podstaw do przyjęcia, że owulacya poza okresem miesiączkowym jest bolesną, jak to zapewne sądzi Rheinstädter, pisząc: „*Es handelt sich dabei nur um eine Ovulation in der Mitte zwischen zwei Perioden, bei welcher es nicht zu der entlastenden Uterusblutung kommt*".

Przeciwnie wiemy, że owulacya odbywa się nie tak rzadko poza okresem miesiączkowym bez jakichkolwiek dolegliwości. Zmiany w jajnikach u naszych chorych są zresztą tak częste, że z tej strony nie mielibyśmy nic do zarzucenia teoryi owulacyjnej. Na pewną trudność napotykamy, jeżeli zastanowimy się nad przypadkami, w których bole międzymiesiączkowe są wyraźnie jednostronne. Przypadki te nie są rzadkie. Ponieważ jajniki działają naprzemian, t. j. owulacya odbywa się mniej lub więcej regularnie naprzemian z prawego i lewego jajnika, przeto trudnoby nam było zrozumieć, dlaczego ból występuje stale po jednej, częściej po lewej stronie. Gdyby tylko jeden n. p. lewy jajnik był zmieniony, to należy przyjąć, że nie co miesiąc pojawiałyby się bole, a przynajmniej nie co miesiąc z tem samem nasileniem. Drugą trudność sprawić nam muszą przypadki, w których ból pojawia się nietylko w okresie międzymiesiączkowym, ale i podczas lub bezpośrednio przed miesiączką, zwłaszcza, jeżeli ból ten, jak twierdzą niektórzy autorowie, jest taki sam. Trzebaby wtenczas przyjąć, że u osoby tej odbywają się dwie owulacye co miesiąc, i to co 2 tygodnie. Trzecia trudność, to czasowa zawisłość napadu bolu międzymiesiączkowego od następującej po nim regularności. Jeżeli wogóle jest prawdą, że miesiączka jest widomym znakiem owulacyi, to bądź co bądź trudno przypuścić, żeby miesiączka, występująca n. p. 15 stycznia, była następstwem owulacyi, która się odbyła 1 stycznia. Odpowiedź na bodziec, wychodzący z jajnika, przychodziłaby tu za późno. Jeżeli zgodzimy się na teoryę owulacyjną, to z konieczności musimy przyjąć, że w tych przypadkach owulacya i miesiączka są od siebie niezawisłe, że każda z nich ma swój okres czterotygodniowy.

Miesiączka, występująca w 14 dni po owulacyi, nie byłaby wówczas jedną z części składowych procesu owulacyjnego, nie należałaby do tej owulacyi. Tymczasem doświadczenie poucza nas, że napad bolu międzymiesiączkowego stoi w czasowym związku nie z tą regularnością, która była, ale z tą, która po nim nastąpi.

Zwraca na to zupełnie słusznie uwagę Fassina, a dowodów na to twierdzenie szukać należy u tych chorych, u których miesiączka występuje w nieregularnych odstępach czasu. Tak więc bez wątpienia napad bolu międzymiesiączkowego i następująca po nim miesiączka stanowią dwie części składowe jednego procesu, którego ból jest zapewne początkiem, a miesiączka końcem.

Ostatecznie obala teoryę owulacyjną fakt, że możemy leczeniem czysto mechanicznem (o którem później pomówię) nie dopuścić do napadu bolu, choć żadnej nie ulega wątpliwości, że leczenie to ani nie może powstrzymać w toku będącej owulacyi, ani wyleczyć zmian w jajnikach, które bolesności tej mają być przyczyną. Tak więc widzimy, że przyjęciu teoryi, która napad bolu międzymiesiączkowego starała się wytłómaczyć owulacyą, występującą między miesiączkami, stoją na przeszkodzie poważne trudności.

Inna grupa autorów szuka przyczyny bolów nie w jajnikach, ale w błonie śluzowej macicy. Kossmann, który na str. 311 swojej ogólnej ginekologii podaje własną teoryę, tłómaczącą bole międzymiesiączkowe nieprawidłową czynnością jajnika, pisze na str. 405: „*er (der Schmerzanfall) ist ein Symptom der chronischen Endometrtis*“. Küstner, Schröder i Heitzmann wspominają o tych bolach w rozdziale o „*endometrtis*“ i uważają je za objaw tego cierpienia. Nieco ostrożniej wyraża się Martin, który pisze: „*Bei verschiedenen solchen Kranken ist, soweit ich feststellen konnte, jedenfalls eine Uterusschleimhaut-Affection mehr in den Vordergrund getreten*“.

Wreszcie Croom wypowiada zdanie, że tylko w tych przypadkach bolu międzymiesiączkowego, którym towarzy-

szy odpływ z jamy macicznej, — choroba błony śluzowej odgrywa rolę patogenetyczną.

Na teoryę tę, szukającą przyczyny napadów bolów w „*endometritis*“, nie można się żadną miarą zgodzić. Obala ją przedewszystkiem bezskuteczność leczenia tak doszczętnego, jak wyskrobanie błony śluzowej macicy. Niema ono żadnego wpływu na napady bolów międzymiesiączkowych, jak to liczni autorowie stwierdzili i jak ja u jednej z chorych moich mogłem się przekonać. Zresztą to, co wyżej mówiłem o stanie macicy u moich chorych, wyklucza „*endometritis*“ jako przyczynę bolów z tej prostej przyczyny, że chore te nie miały „*endometritis*“. Miały one zmiany w błonie śluzowej, towarzyszące Richelotowskiemu chorobowemu przerostowi macicy, zmiany opisane, dokładnie przez Richelota jako takie, których wyskrobanie błony śluzowej nigdy radykalnie nie usuwa. Nie chcę twierdzić, jakoby te zmiany przerostowe błony śluzowej nie były w żadnym związku z obchodzącem nas cierpieniem; pragnę tylko wyraźnie zaznaczyć, że nie były to zmiany zapalne. Już sam fakt, że wśród napadów bolu międzymiesiączkowego zjawiają się upławy wodniste lub krwawe, dowodzi, że błona śluzowa macicy bierze w tem cierpieniu bezpośredni udział, z czego jednak bynajmniej nie wynika, żeby tam właśnie była przyczyna całego cierpienia. Wiemy, że błona śluzowa trzonu macicy nie jest u kobiety miesiączkującej prawie nigdy w spoczynku. Sprawa przerostu przygotowującego t. zw. doczesną miesiączkową (*decidua menstrualis*), a przedstawiająca okres zmian postępowych (progresyi), ustępuje miejsca właściwej miesiączce, która niszcząc górne warstwy wytworzonej doczesnej, mieści w sobie znamiona zmian wstecznych (regresyi), poczem następuje odradzanie się błony śluzowej (*regeneratio*). Teraz dopiero przechodzi błona śluzowa w stan spoczynku, trwający zaledwie kilka dni, tj. tak długo, dopóki okres zjawisk nie rozpocznie się na nowo przerostem błony śluzowej. Jak długo trwają poszczególne części składowe całego okresu miesiączkowego, nie wiemy do dziśdnia

dokładnie. Zdaniem H e n s e n a trwa okres zmian postępowych 10 dni, nie jest jednak bynajmniej wykluczonem, że trwa on może dłużej. Przypadki bolu międzymiesiączkowego którego czas pojawienia się związany jest, jak wyżej powiedziałem, z terminem wystąpienia idącej po nim miesiączki, zdaje się przemawiać za tem, że sprawa przerostu w tych przynajmniej przypadkach rozpoczyna się 13 do 14 dni przed właściwym peryodem. Otóż nasuwa się niewątpliwe przypuszczenie, że w błonie śluzowej, z tej lub owej przyczyny chorej, nie odbywa się okres miesiączkowy tak, jak zwykle bez bolów, tylko, że początek sprawy przerostowej połączony niewątpliwie z przekrwieniem, objawia się napadem bolów, a czasem i odpływem cieczy wodnistej lub krwi. Gdyby tak było, to rzeczywiście w nieprawidłowości błony śluzowej macicy szukaćbyśmy musieli przyczyny napadowych bolów międzymiesiączkowych.

Przeciw temu przypuszczeniu możemy jednak wystąpić z poważnymi dowodami. Naprzód fakt, że czasami bole bywają jednostronne, powtóre zupełna bezskuteczność wyskrobania błony śluzowej, o której wspomniałem powyżej, — a wreszcie dobre wyniki leczenia mechanicznego, które na stan błony śluzowej żadnego nie może mieć wpływu przemawiają przeciw temu przypuszczeniu. Tak więc musimy stwierdzić, że: 1⁰ błona śluzowa jamy macicy jest zwykle u chorych z bolami międzymiesiączkowymi nieprawidłową, co staje się powodem odpływów wodnistych lub krwawych podczas napadu i pociąga z wszelkiem prawdopodobieństwem za sobą niepłodność tych kobiet, a 2⁰, że nie w tej nieprawidłowości błony śluzowej leży przyczyna napadów bolu.

Pewna grupa autorów szuka przyczyny cierpienia w trąbkach i wskazuje na *hydrosalpinx profluens*, jako na chorobę podstawową. (A d d i n s e l l, G i l e s i t. d.). Zdaniem tych autorów gromadzi się w zamkniętej trąbce płyn surowiczy, który od czasu do czasu wypływa przez macicę na zewnątrz, naturalnie wśród bolesnych skurczów jajowodu. Uderzającą

i nieprawdopodobną wydaje się ta teorya przedewszystkiem ze względu na punktualność tego zjawiska, gdyż trudno przypuścić, żeby *hydrops tubae profluens* wydalał swój płyn do macicy przez całe lata miesiąc w miesiąc stale 13-go lub 14-go dnia przed miesiączką. Giles wyjaśnia to w ten sposób, że podczas miesiączki obrzęk błony śluzowej zamyka ujście maciczne trąbki, przez co stały dotychczas odpływ zostaje zatamowany; to ma wywoływać skurcze trąbki. Zbijanie tej teoryi jest o tyle zbyteczne, że u żadnej chorej mojej napewno nie było nagromadzenia płynu w trąbce, choć przeważną ilość chorych badałem w różnych czasach przed i po napadzie. Nie przeczę, że autorowie angielscy mieli u swoich chorych do czynienia z *hydrops tubae*, ale nawet i w tych przypadkach nie przypuszczam związku przyczynowego między tem cierpieniem, a napadami bolów międzymiesiączkowych.

Tłómaczenie Gilesa nie trafia mi zupełnie do przekonania. Dnie, poprzedzające napad bolów, to są właśnie dnie najmniejszego obrzęku błony śluzowej; toż właśnie jest czas jej spoczynku. Jeżeli więc kiedy, to w tygodniu poprzedzającym napad bolów, ujście maciczne trąbki jest drożne.

Pozostaje wreszcie zapatrywanie Bouillyego. Zdaniem jego przyczyną bolów międzymiesiączkowych są nawały krwi (*congestio*), spowodowane przez zboczenia naczynioruchowe, mające swe źródło w stanie jajników. Z zapatrywaniem tem zupełnie się godzę, sądzę jednak, że nie wyczerpuje ono kwestyi.

Nie ulega dla mnie wątpliwości, że napad bolu międzymiesiączkowego schodzi się z nawałem krwi (*congestio, une poussée congestive* Bouillyego). Nawał ten rozpoznać można, badając chore podczas napadu; zupełnie dobrze opisuje go Fasbender. U jednej z chorych moich mogłem z łatwością wybadać podczas napadu bolu silny nawał krwi, połączony z tętnieniem tętnic macicznych i zesinieniem części pochwowej. Objawy te zniknęły po ustaniu bolu.

Wśród jakich warunków powstają te międzymiesią-

czkowe nawały krwi? Na podstawie wyniku badania moich chorych nabrałem przekonania, że cierpieniem, które powoduje te nawały, jest chorobowy przerost macicy z towarzyszącemi mu zmianami jajników, a więc cierpienie, które Richelot opisał pod nazwą *congéstion et sclerose.* Przypuszczam, że przerost i drobnotorbielkowe zwyrodnienie jajników odgrywa tu ważniejszą rolę, że z nich wychodzi bodziec nerwowej, czy chemicznej przyrody, powodujący gwałtowny nawał krwi.

Najlepszy znawca tego nowego typu chorobowego, Richelot, w ustępie o objawach tego cierpienia zwraca uwagę na to, że nawały krwi, przychodzące od czasu do czasu, są dla tej choroby charakterystyczne: „...najczęściej“, pisze on, „zjawiają się te nawały (*des poussées congestives*) w okresie miesiączki; ale przychodzą też i w międzyczasie, czasem niespodzianie i w terminie dowolnym, czasem z prawdziwą peryodycznością w środku okresu międzymiesiączkowego“. Richelot ma tu naturalnie na myśli napady bolu międzymiesiączkowego, które zresztą w dalszym ciągu tego ustępu doskonale opisuje. Dodaje w końcu, że okresowe nawały krwi są dla tego cierpienia wprost charakterystyczne.

Chodziłoby teraz o wytłómaczenie, dlaczego te nawały krwi zjawiają się stale co miesiąc, mniej więcej dwa tygodnie przed miesiączką i dlaczego wywołują bole i inne objawy. Otóż tu skazani jesteśmy na hipotezy. Najprawdopodobniejszą jest ta, że z jajników chorobowo zmienionych i to zmienionych w pewien charakterystyczny dla sklerozy macicznej sposób, wychodzą bodźce, wywołujące silniejszy niż zwykle skutek. Jest to tem prawdopodobniejsze, że w przebiegu chorobowego przerostu macicy mamy wedle Richelota prawie stale do czynienia z kongestyą, która w pewnych chwilach wzmaga się do wyżyn wprost patologicznych. Nawał międzymiesiączkowy zdaje się odpowiadać początkowi nowego okresu peryodycznego, czyli początkowi nowego przerostu błony śluzowej macicy. W każdym razie

jest to zmiana naczynioruchowa, mająca swoje źródło w czynności jajnika, jak właśnie twierdzi Bouilly, ale dodać muszę, jajnika chorobowo zmienionego. Nawał ten rozgrywa się też w zmienionych chorobowo częściach płciowych. Punktualność, z jaką ten stan występuje, dowodzi, zdaniem mojem, że zostaje on w związku z procesem owulacyjnym, z czego jednak bynajmniej nie wynika, żeby odpowiadał czasowi wyjścia jajka z jajnika.

Skąd pochodzi ból? Bezpośrednie spostrzeżenia pouczyły mnie, że ból międzymiesiączkowy ma wszelkie cechy nerwobolu (*nevralgie pelvienne*). Nerwoból miedniczy, następujący u osób z zupełnie zdrowemi częściami płciowemi, nie jest zdarzeniem zbyt rzadkiem. Widziałem napady tego nerwobólu u osób cierpiących na nerwobole w innych miejscach ciała, zwłaszcza u osób ze skazą moczanową; u jednej z chorych moich przedstawiał się bardzo groźnie, zupełnie jak ostre zadraźnienie otrzewnej w miednicy. Po upływie 24 godzin można było chorą tę dokładnie badać i wykazać zupełnie prawidłowy stan części płciowych. Otóż ból międzymiesiączkowy swojem umiejscowieniem, charakterem, ostrym początkiem i nagłym spadkiem, zachowaniem się wreszcie chorych podczas napadu, przypomina mi żywo napady takiego nerwobólu. Częstsze występowanie tego bólu po stronie lewej, przemawia też za jego przyrodą newralgiczną, gdyż, jak doświadczenie poucza, lewa strona miednicy jest znacznie częściej siedzibą nerwobólu, niż prawa. Zbierając to, cośmy dotąd powiedzieli, musimy wyrazić przypuszczenie, że gwałtowny nawał krwi, spowodowany zboczoną czynnością chorobowo zmienionych jajników, wywołuje napad nerwobólu. Ten sam nawał krwi (dający się zresztą, jak wyżej wspomniałem, podczas napadu wprost wybadać) powoduje odpływ z macicy, zapewne za pośrednictwem wzmożonej czynności jej gruczołów. Czasami odpływ ten bywa krwawy. Tłómaczenie to wystarcza dla wyjaśnienia wszelkich typów obchodzącego nas cierpienia. I tak zdarza się, że nerwoból występuje jako jedyny objaw nawału, od-

pływów zaś macicznych nie ma wcale; w innych przypadkach nerwobolowi towarzyszy odpływ, w innych wreszcie nawał powoduje odpływ krwawy, nie wywołuje jednak nerwobolu

Już po napisaniu tego artykułu dostałem do rąk pracę van de Veldego. Autor ten podaje wynik długich swoich spostrzeżeń nad falistością czynności płciowych kobiecych i innych funkcyi ustroju. Rozróżnia on rozmaite typy linii falistej, którą otrzymuje z pomiarów ciepłoty porannej u rozmaitych kobiet. Linia ta ma uwidaczniać natężenie różnych czynności fizyologicznych danego osobnika, między innemi i ciśnienia w naczyniach krwionośnych. Otóż są zdaniem autora osoby, u których linia falista okazuje wielkie różnice między swojem „maximum" a „minimum". Dno fali jest wówczas głębokie, szczyt zaś wysoki. U tych to osób właśnie w czasie, kiedy linia schodzi na dno fali, w czasie więc najmniejszego natężenia czynności fizyologicznych, w czasie najniższego stanu ciepłoty porannej, w czasie najniższego ciśnienia krwi w naczyniach, występuje napad bólu międzymiesiączkowego. Porażenie niezupełne naczyń powoduje wówczas bierny nawał krwi (*passive Congestion*), który wśród napadu da się wybadać. Powodem bolu jest zdaniem autora „rozciąganie pokrywy otrzewnowej, napięcie więzów, ucisk na sąsiedztwo... i t. d."

Autor spostrzegał trzy przypadki bolów międzymiesiączkowych i twierdzi, że we wszystkich były objawy lekkich przewlekłych zapaleń w częściach płciowych. Z opisu, który tu dosłownie przytaczam, nie można nabrać przekonania, że były to rzeczywiście objawy zapalenia. Van de Velde pisze: „Dające się joszcze wybadać zboczenia od stanu prawidłowego polegały na: niewielkiem powiększeniu macicy i jajników; przy obmacywaniu tkliwość jest nieco większa, niż prawidłowa. Macica jest twardsza, niż być musi. Kąt między trzonem a szyją jest za wielki, obie części leżą prawie w linii prostej i wzajemnie względem siebie mało są poruszalne. Dno macicy leży bardzo silnie ku przodowi,

część pochwowa zwrócona więcej, niż zwykle, ku tyłowi. Cała macica jest należycie poruszalna; za gwałtowne próby poruszania sprawiają jednak ból".

Czy w opisie tym jest niewątpliwy dowód, że chore te przebyły zapalenie w częściach płciowych wewnętrznych? Autor nie wybadał żadnych zrostów, żadnych zmian w jajowodach, przeciwnie podnosi, że macica jest należycie poruszalną. Cały opis przemawia raczej za tem, że u chorych tych istniała Richelotowska skleroza macicy i jajników.

Zapatrywanie swoje, mianowicie twierdzenie, że istnieje związek przyczynowy między głębokością dna linii falistej, a napadem bolu, popiera autor wynikami leczniczymi. Podawał on przetwory jajnikowe, które korzystnie wpływały na napady bolów międzymiesiączkowych.

Ciekawe i nowe spostrzeżenia Van de Veldego stoją w zupełnej zgodzie z moimi zapatrywaniami: jeżeli falistość czynności fizyologicznych ustroju kobiecego jest bez wątpienia następstwem czynności jajnika, to zboczenia w tych narządach powodować mogą, jeśli nie muszą, nieprawidłowości w tej falistości. Osoby, które badał Van de Velde, miały linię falistą uderzająco głęboką, miały przytem nieprawidłowe jajniki zupełnie tak samo, jak moje chore. Należy przypuszczać, że ta właśnie nieprawidłowość jajnika była powodem głobokości fali, a w dalszem następstwie biernego nawału krwi w częściach płciowych.

Uwagi Van de Veldego, dotyczące leczenia, są bardzo ciekawe i zachęcają do dalszych w tym kierunku badań.

Przechodzę do leczenia. Proponowano i stosowano rozmaite leki: tojad (*aconitum*), brom, antypirynę podskórnie, ergotynę, tyreoidynę, hamamelis, piramidon i t. d., i t. d. przeważnie bez wyraźnego skutku. Olshausen podnosi skuteczność piramidonu i antypiryny, a więc leków, działających wogóle przeciw nerwobolom. Van de Velde podawał, jak wyżej podniosłem, z dobrym skutkiem przetwory jajnika.

Stosowano nadto sposoby wodolecznicze. Uporczywość cierpienia zmusiła wielu lekarza do wstąpienia na drogę operacyjną. Prócz skrobania, wykonywano nakłucie pęcherzyków jajnikowych (Martin) wycięcie jajników, ba nawet wycięcie macicy z jajnikami. Że te dwa ostatnie sposoby musiały prowadzić do celu, jest naturalnem; nasuwa się jednak wątpliwość, czy operatorzy nie zaszli tu zbyt daleko w radykalizmie.

Lecząc jedną z swoich chorych, 7 lat temu, zastosowałem kolumnizacyę pochwy sposobem Auvarda. Użyłem tego sposobu po naradzie z radcą dworu prof. Jordanem dlatego, ponieważ powiększenie jajników i ich bolesność przemawiały za przewlekłą sprawą zapalną. Chora ta miała od szeregu lat napady bolów międzymiesiączkowych. Wśród leczenia sposobem Auvarda napad wcale się nie zjawił, natomiast w miesiąc później, kiedy chora nie miała tamponów Auvardowskich, ból międzymiesiączkowy pojawił się na nowo. Spostrzeżenie to skłoniło mnie do zwrócenia uwagi na wpływ mocnej i szczelnej tamponady pochwy na napady bolów międzymiesiączkowych, przyczem i u innych trzech chorych zauważyłem ten sam korzystny wpływ leczenia.

U jednej z chorych stosowałem kolumnizacyę przez kilka miesięcy z kolei z doskonałym skutkiem, który trwał jeszcze kilka miesięcy po skończeniu leczenia. U innej zaczynałem zakładać tampony 2—3 dni przed spodziewanym napadem i stosowałem to leczenie tylko przez tydzień. Wśród tego leczenia napady bolów nie zjawiały się wcale, lub tylko w postaci bardzo słabych dolegliwości. Tylko jedna chora twierdziła, że leczenie nie zmniejsza jej bólu.

Jak wytłómaczyć działanie kolumnizacyi? Należy przypuszczać, że odgrywa tu rolę albo ucisk na naczynia żylne w przymaciczu w podobny sposób, jak działa ucisk na żylaki kończyn, albo, że mamy tu do czynienia z uciskiem na nerwy. Nie śmiem zresztą rozstrzygać, w jaki sposób działanie to się odbywa; w każdym razie jednak w kolu-

mnizacyi posiadamy dzielny środek, usuwający napady bólów międzymiesiączkowych.

Przy najbliższej sposobności zastosuję opisane przez Pincusa leczenie (*Belastungstherapie*) na *„planum inclinatum"*.

Piśmiennictwo. 1) Addinsel: Intermenstrual pain (Trans. of the Obst. soc. of London 1898, ref. Frommel Jahresb. XII, pag. 237. — 2) Auvard: Ueber Scheidentamponade (Centr. f. Gyn. 1898, Nr. 12 str. 303). — 3) Baldy: An American Textbook of Gynaecology 1894, str. 110 i 115). — 4) Ballantyne: Dyskusya nad odczytem Crooma (patrz Croom). — 5) Blaud-Sutton: Dyskusya nad odczytem Addinsella (Centrlbl. f. Gyn. 1898, Nr. 19, str. 516). — 6) Bouilly: Des poussées congestives intermenstruelles (Revue de gynéc. et de chir. abdom. Juillet 1897, Nr. 4, ref. Centr. f. Gyn. 1897, Nr. 46, str. 1372). — 7) Brioude: De la sclérose de l'utérus (Gynécologie 1, 1896, str. 236). — 8) Brodier: Des douleurs intermenstruelles périodiques (Congrès intern. de gyn. Amsterdam ref. From. Jahrb. XIII, str. 160). — 9) Bulius: Der Eierstock bei Fibromyoma uteri (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXIII, 1892, str. 358). — 10) Bylicki: Nauka o chorobach kobiecych. Kraków 1904. — 11) Croom J. H.: The intermenstrual pain (Edinb. med. Journ. 189., February). — 12) Doléris et Picherin: Valeur séméiologique de la douleur (Gynécol. 1896, I, str. 289). — 13) Drennan: Intermenstrual pain (Medical News, str. 68). — 14) Fassina: Des douleurs intermenstruelles. (Thèse Paris 1899). — 15) Gebhard w podręczniku Veita: Die Menstruation, t. III, A, str. 105). — 16) Giles: Dyskusya (Addinsell) (Centr. f. Gyn. 1898, Nr. 19, str. 516). — 17) Hegar et Kaltenbach: Operative Gynaekologie. IV Aufl., 1897, str. 7. — 18) Heitzmann: Compendium der Gynaekol. Wien 1891, str. 37 i 231. — 19) Hermann: Dyskusya (Addinsell). (Centr. f. Gyn. 1898, Nr. 19, str. 516). — 20) Kossmann: Allgemeine Gynaekologie. Berlin 1903, str. 311, 363, 405. — 21) Küstner: Kurzes Lehrbuch der Gynaekologie. Jena 1901, str. 144. — 22) Lisfranc: Maladies de l'utérus. Paris 1836, str. 296. — 23) Marsh: Intermenstrual phenomens. (Amer. Journ. of. Obst. 1897 July, ref. From. Jahrb. XI, str. 4.4). — 24) Martin M.: Pathol. u. Ther. der Frauenkrankh. 1885, str. 32. — 25) Martin A.: Krankheiten der Eierstöcke und Nebeneierst. Leipzig 1899, str. 273. — 26) Murdoch Cameron: The scot. med. and surg. Journ. oct. 1904, ref. Gynécologie 1904 Decembre. — 27) Olshausen: Ueber Amenorrhoe und Dysmenorrhoe (Zeitsch. f. Geb. und Gyn. LI, 1, str. 245). — 28) Palmer: Periodical intermenstrual pain. (Am. Journ. of. Obst. XXV, str. 328, ref. From. Jahrb.

VI, 1892, str. 840). — 29) Pfannenstiel: podręcznik Veita, str. 285. — 30) Pincus: Belastungslagerung, Wiesbaden 1905. — 31) Pozzi: Traité de gynécologie ct. 1892, str. 600. — 32) Priestley: Brit. med. Journ. 1871. — 33) Rheinstädter: Praktische Grundzüge der Gynaekologie, Berlin 1892, str. 200. — 34) Richelot: Chirurgie de l'utérus, du vagin et de la vulve, Paris 1902, str. 110. — 35) Schröder: Handbuch der Krankheiten der weibl. Geschlechtsorg. VII Aufl. Leipzig 1886, str. 121, 339, 345. — 36) Siredey A.: La congestion utérine (Gynécologie 1900, V, str. 1). — 37) Storer Malcolm: Intermenstrual dysmenorrhoea (The brit. med. and surg. Journ. 1900, April 17, ref. From. Jahrb. XIV 1901. Sprawozdanie roczne Frommela mylnie wskazuje czasopismo, które nie istnieje). — 38) Strassmann: Dyskusya nad odczytem Olshausena (Zeit. f. Geb. u. Gyn LI., 2, str. 386). — 39) Van de Velde: Ueber den Zusammenhang zwischen Ovarialfunction, Wellenbewegung und Menstrualblutung und über die Entstehung des sogen. Mittelschmerzes. Haarlem, Jena 1905. — 40) Watson A. M.: Report of a case of intermenstrual dysmenorhoea (Edinb. med. Journ. 1901 Oct., ref. From. Jahr. XV, str. 336). — 41) Whitelocke: A case of intermenstrual dysmenorrhoea, cured by successive oophorectomies (The brit. med. Journ. 1902 Oct., ref From. Jahrb. XVI, str. 250).

Osobne odbicie z »Przeglądu lekarskiego« 1905. Nr. 28—29.

Kraków 1905. — Drukarnia Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Józefa Filipowskiego.